

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Национальный хирургический центр
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи

УДК 616.33-002.44+616.33-005.1+616.34-005.1

Кутманбеков Абдырасул

**КОМПЛЕКСНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ
МЕТОДА И СРОКА ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ
ЭТИОЛОГИИ**

14.00.27 — хирургия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БИШКЕК 2002

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный консультант: Заслуженный деятель науки и Заслуженный
врач Кыргызской Республики, Лауреат Государственной премии Кыргызской
Республики, академик НАН КР, доктор медицинских наук, профессор
Мамакеев М.М.

Официальные оппоненты:

Дурманов К.Д. – доктор медицинских наук, профессор;
Оморов Р.А. – доктор медицинских наук, профессор;
Ахунбаева Н.И. – доктор медицинских наук, профессор



Ведущая организация:

Научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова Агентства по делам
здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы.

Защита состоится "28" марта 2002 г. в 13⁰⁰ часов на
заседании диссертационного совета Д 14.01.130 при Национальном
хирургическом центре (720044, г.Бишкек, ул. 3-я линия, 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
хирургического центра (720044, г.Бишкек, ул. 3-я линия, 25).

Автореферат разослан "26" февраля 2002 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
доцент

А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: Гастродуоденальные кровотечения на протяжении многих лет представляют одну из наиболее сложных проблем неотложной хирургии. Количество больных язвенной болезнью с каждым годом прогрессивно увеличивается (Н.М. Кузин и соавт., 1994; И.И. Затевахин и соавт., 1995; Г.П. Шорох и В.В. Климович, 2000; Haglund U., 1990; Voeu S. et al., 1992). Как причина инвалидности больных, язвенная болезнь занимает второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на наличие множества медикаментозных средств и довольно эффективных для лечения этого заболевания, удельный вес осложненных форм, а в частности с кровотечением, не уменьшается (Д.С. Абдуллаев, 1992; М.А. Алиев и соавт., 1999; Brohl F. et al., 1989). Больные с кровотечением язвенной этиологии составляют 50-70% среди пациентов с желудочно-кишечным кровотечением, лечение которых представляет трудную задачу, а летальность при этом колеблется от 3 до 50% (Г.И. Дуденко и соавт., 1993; Л.С. Серова, В.Л. Асташов, 1996; Leibur R. et al., 1990; Dousset B. et al., 1995 и др.).

В последнее время, в связи с проблемой СПИДа и инфекционного гепатита, уменьшением количества заготовки донорской крови, опасность развития посттрансфузионных осложнений, стали особенно актуальны вопросы лечения острой постгеморрагической анемии любой этиологии и, в частности, язвенного генеза (И.Н. Зимон и соавт., 1994; К.И. Ниязбеков и соавт., 1998), что диктует поиск средств лечения этого грозного осложнения. До настоящего времени, несмотря на наличие многочисленных публикаций, посвященных гастродуоденальным кровотечениям, нет единого взгляда на классификацию тяжести кровопотери, не разработана общепринятая эндоскопическая классификация язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, нет четких и научно-обоснованных рекомендаций по определению объема переливаемой крови и инфузионно-трансфузионной терапии, не решены вопросы энтеральной недостаточности, которая, как правило, имеет место при язвенной болезни и особенно после гастродуоденальных кровотечений, а следовательно, и своевременное устранение ее. И, наконец, не решена проблема и нет научно-обоснованного решения в вопросах выработки тех или иных видов оперативных вмешательств и срока их осуществления, а имеющиеся данные противоречивы. Кроме того, при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии недостаточно изучена взаимосвязь между объемными показателями крови в сочетании с оценкой сердечно-сосудистой системы, клиническими симптомами заболевания и результатами экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГД). Все вышеизложенное и явилось основанием для выполнения данного исследования..

Цель работы - улучшить результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, на базе оптимизации выбора срока и метода лечения.

Задачи исследования:

1. Провести углубленное изучение состояния кардиогемодинамики с целью совершенствования классификации тяжести кровопотери и на этом основании определить тактику лечения больных в до- и послеоперационном периоде.
2. На основании сравнительного анализа эффективности традиционного и модифицированного способов коррекции энтеральной недостаточности определить необходимый объем переливаемой крови и лекарственных средств в зависимости от степени кровопотери.
3. Создать эндоскопическую классификацию кровоточащей язвы с целью определения тактики тех или иных видов хирургического вмешательства в экстренной хирургии.
4. Создать алгоритм принятия решения о выборе тактики хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.
5. Индивидуализировать подходы к разработке тех или иных видов оперативных вмешательств в зависимости от локализации язвы.
6. Изучить особенности восстановления основных показателей центральной гемодинамики в условиях традиционного метода лечения и после коррекции энтеральной недостаточности.

Научная новизна:

- усовершенствована классификация тяжести кровопотери, основанная на учете клинических симптомов, волевических показателей и тестов сердечного выброса – сердечного индекса (СИ), ударного индекса (УИ) и общего белка плазмы (ОБП);
- создана новая эндоскопическая классификация язвенного поражения при гастродуоденальном кровотечении, куда включено понятие “поражение внутри- и внеорганных кровеносных сосудов”;
- определена связь клинических симптомов и показателей сердечного выброса с данными эндоскопии;
- установлена зависимость объема переливаемой крови и лекарственных средств от адекватной и своевременной коррекции энтеральной недостаточности и от степени кровопотери;
- выработаны показания к использованию энтерального питания в зависимости от тяжести постгеморрагической анемии.

Практическая значимость работы состоит в том, что:

- в результате исследования центральной гемодинамики у больных с гастродуоденальными кровотечениями выявлены наиболее информативные ее

показатели для определения тяжести кровопотери, что особенно важно в условиях экстренной хирургии;

- разработанная эндоскопическая классификация с учетом клинической картины болезни и показателей гемодинамики позволила выработать наиболее рациональную хирургическую тактику для каждого больного;
- благодаря решению вышеперечисленных положений - информативных показателей, клинической и эндоскопической классификаций гастродуоденальных кровотечений, а также своевременной адекватной коррекции энтеральной недостаточности и выработки индивидуального подхода к хирургическому лечению, снижена летальность с 10,3 до 3,2%, послеоперационные осложнения - с 1,4 до 0,6% и пребывание больных в стационаре с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Информативность ряда показателей гемодинамики обеспечивает более точное определение тяжести кровопотери.
2. Классификация тяжести кровопотери, основанная на клинических симптомах, данных исследования гемодинамики и эндоскопии, определяет методы и сроки оперативных вмешательств
3. Своевременная коррекция энтеральной недостаточности в послеоперационном периоде предотвращает секвестрацию и депонирование крови.
4. При третьей и четвертой степени кровопотери использование энпиты белковой природы позволяет уменьшить объем переливаемой крови соответственно на 79,2 и 52,7%, а больные с первой и второй степенью кровопотери в переливании крови не нуждаются.
5. Разработанная клиническая и эндоскопическая классификация гастродуоденального кровотечения позволяют выработать индивидуальный подход к хирургическому вмешательству, направленному на производство антирефлюксных и пилоросохраняющих видов операций.

Апробация результатов исследования.

Основные положения диссертации доложены на: республиканской конференции хирургов “Желудочно-кишечные кровотечения: диагностика и лечение” (Самарканд, 1993), II съезде хирургов Республики Кыргызстан (Бишкек, 1995), республиканской конференции “Вахидовские чтения: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии” (Ташкент, 1996), Международных конференциях молодых ученых (Бишкек, 1996, 1997), международной конференции “Современные проблемы неотложной хирургии” (Бишкек, 1997), международной научно-практической конференции хирургов “Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки” (Бишкек, 1998), научном симпозиуме “Династия в хирургии” (Бишкек, 1999), заседании научного отдела НХЦ МЗ КР (протокол заседания № 3, Бишкек, 2001), заседании Ассоциации хирургических

обществ Кыргызской Республики (протокол заседания № 541, Бишкек, 2001), I конгрессе гастроэнтерологов Кыргызской Республики и V конгрессе Евразийской ассоциации гастроэнтерологов (Бишкек, 2001), заседании экспертной комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций хирургического профиля при КГМА (протокол заседания № 3, Бишкек, 2001).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в повседневную работу НХЦ г.Бишкек, кафедры госпитальной хирургии Кыргызской академии, в Ошской, Нарынской и Чуйской областных больницах. Основные положения диссертации включены в программу лекций и практических занятий студентов КГМА и клинических ординаторов по теме: "Осложнения язвенной болезни, диагностика, лечение".

По теме диссертации опубликовано 63 работы, в том числе научных статей – 28, одна монография - 8,5 печатных листов, оформлено 6 рацпредложений, издано 2 методические рекомендации.

Структура диссертации. Диссертация изложена на 208 страницах текста шрифтом Times New Roman (размер 14), состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, содержит 29 таблиц и 23 рисунка. Библиографический указатель включает 386 источников, в том числе 107 стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинических наблюдений и методов исследования

Собственный клинический материал составляет данные комплексного обследования 455 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, поступивших и оперированных в НХЦ с 1988 по 1997 годы.

Среди оперированных мужчины составили 72,5%, женщины - 27,5% (табл.1). Из них язвенной болезнью желудка страдали 147 (32,3%) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - 308 (67,7%).

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Пол		Возраст							Всего	
муж.	жен.	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70 и более		
абс.										
число	330	125	12	80	95	92	86	64	26	455
%	72,5	27,5	2,6	17,5	20,8	20,3	18,9	14,2	5,7	100,0

В подавляющем большинстве случаев язвенные кровотечения наблюдались у больных в возрасте от 21 до 51 года (58,6%), однако удельный вес больных в возрасте 51 и более лет составил 38,7%. До 3-х часов с момента первых признаков желудочного кровотечения поступило лишь 105 (23,0%) больных, 82 (18,0%) имели срок давности кровотечения более трех суток, что существенно отражалось на состоянии больных.

При поступлении в стационар мы также учитывали длительность заболевания язвенной болезнью и при этом установлено, что в течение одного года 174 (38,4%) больных страдали язвенной болезнью, а 213 (46,8%) в течение пяти и более лет.

Следовательно, большинство из них имели длительный язвенный анамнез. Это обстоятельство имело решающее значение в выработке тактики хирурга в пользу активного хирургического вмешательства.

Диагностика ГДК язвенной этиологии базировалась на результатах комплексного обследования и этапности проведения диагностического процесса.

Обследование этих больных включало в себя следующие этапы: период установления диагноза врачом скорой помощи, диагноз врачей приемного отделения, период клинического, лабораторного и инструментального обследования, данные рентгенологического и эндоскопического исследований, мероприятия, проводимые для выявления источника кровотечения во время оперативных вмешательств и, наконец, данные гистологических верификаций.

Для выявления источника кровотечения при гастродуоденальных кровотечениях исследование проводилось гастроскопом японской фирмы "Олимпус". Исследования осуществлены в экстренном порядке, в большинстве случаев в любое время суток, без предварительного и последующего рентгенологического исследования. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы определяли частоту пульса, уровень артериального (АД) и венозного давления (ВД), сердечный индекс (СИ), ударный индекс (УИ), объем циркулирующей крови (ОЦК) и ее компоненты: объем циркулирующей плазмы (ОЦП) и объем циркулирующих эритроцитов, гематокрит, количество эритроцитов и гемоглобина.

Белки крови исследовали биоректовым методом. Устранение энтеральной недостаточности у больных с ГДК в послеоперационном периоде проводили путем использования питательных смесей "Белковая" в раннем послеоперационном периоде (рацпредложение № 598, 1992).

Весь цифровой материал обработан методом вариационной статистики с определением t-критерия и степени достоверности по таблице Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании выполненных исследований мы нашли тесную взаимосвязь клинических симптомов кровотечения с состоянием сердечного выброса (СИ, УИ), а также со степенью кровопотери и анатомо-морфологическими изменениями в области язвы. Соглашаясь в целом с

классификацией тяжести кровопотери, предложенной В.И. Стручковым и соавт. (1977), мы внесли в нее определенную коррекцию. Нами введены показатели сердечного выброса (СИ, УИ), гематокрит и данные морфологической картины в области язвы, выявленные при эндоскопии.

Клиническая классификация тяжести кровопотери

Первая степень кровопотери - общее состояние удовлетворительное, с однократной рвотой "кофейной гущей" или дегтеобразным стулом, гемодинамические сдвиги незначительны. Такой клинической картине соответствует отсутствие дефицита ОЦК, ОЦЭ более 25,5 мл/гх, СИ - более 3,4 л/мин \times м², УИ - более 37,3 мл/м², Нт - более 36 %, ОБП - 72,0 г/л.

Вторая степень кровопотери - общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, общая слабость и головокружение, кровавая рвота с дегтеобразным стулом. Такая картина кровопотери сопровождается дефицитом ОЦК до 20%, ОЦЭ - до 40%, СИ уменьшается до 2,5 л/мин \times м², УИ - до 30,7 мл/м², Нт - до 30%, ОБП - 70,0 г/л.

Третья степень кровопотери - общее состояние больного тяжелое, кожные покровы и слизистые бледные, больной зевает, черты лица заострены, головокружение и обморочное состояние, частая рвота и дегтеобразный стул при дефиците ОЦК до 30%, ОЦЭ - до 70%, СИ - до 2,0 л/мин \times м², УИ - до 26,0 мл/м², Нт - до 22,2%, ОБП - до 65,0 г/л.

Четвертая степень кровопотери - общее состояние больного крайне тяжелое, с потерей сознания и коллапсом, граничащее с агональным, с соответствующим дефицитом ОЦК более 30%, ОЦЭ - более 70%, СИ - до 1,44 л/мин \times м², УИ - до 17,0 мл/м², Нт - 18,5%, ОБП - до 55,0 г/л.

На основании клинической симптоматики, гемодинамических показателей и эндоскопической картины поражения язвенным процессом нами были выработаны и показания к оперативному вмешательству. При этом основным критерием, определяющим выработанную активно-индивидуальную тактику, являлась эндоскопическая морфологическая картина и созданная эндоскопическая классификация поражения язвенным процессом при кровотечении.

Эндоскопическая классификация язвенного кровотечения

I группа - в момент исследования нет кровотечения и нет угрозы его возобновления; язвенный процесс расположен на слизистой оболочке, вне проекции крупных сосудов; язва покрыта белым фибрином, воспалительные изменения и инфильтрация ткани вокруг язвы отсутствуют;

II группа - кровотечения нет, но имеются перифокальная инфильтрация, отек и гиперемия ткани, признаки хронической язвы (поражены слизистый и мышечный слои); обычно, в просвете органа имеется жидкость в виде "кофейной гущи"; язва может располагаться как в проекции крупных сосудов, так и вне ее;

III группа - в желудке и двенадцатиперстной кишке много сгустков и жидкой крови; как правило, кровотечение продолжается и часто носит профузный характер, угроза возобновления кровотечения всегда реальна, даже после его остановки, так как язвенный процесс располагается в проекции крупных сосудов (поражены слизистый, мышечный и серозный слои) желудка и/или задней стенки двенадцатиперстной кишки; язва не более 2 см в диаметре, с глубоким кратером и резкой перифокальной инфильтрацией ткани, слизистая вокруг язвы с рубцовой деформацией, просвет органа сужен; у таких больных, как правило, длительный язвенный анамнез;

IV группа - в просвете органа много сгустков и жидкой крови, кровотечение продолжается; язва, обычно, хроническая, глубокая (поражены все слои стенки органа и крупные внеорганные сосуды), целиком или частично покрыта тромбом, на дне язвы видны зияющие или тромбированные сосуды (в 75,6%); у таких больных выявляются различной степени стенозы рубцово-язвенного характера и длительный язвенный анамнез.

Эндоморфологическая картина позволяет определить степень глубины поражения органа язвенным процессом, создает условия для объективной оценки угрозы возникновения кровотечения и вовлечения в процесс разрушения внеорганных кровеносных сосудов, а также распознать рубцовые необратимые изменения в органе с картиной стенозирования. Кроме того, мы внедрили новую рубрику для обоснования нашей тактики по выработке показаний к оперативному вмешательству: это длительность язвенного анамнеза, конкретное определение степени стеноза и поражение внеорганных кровеносных сосудов, что ранее не учитывалось хирургами.

Так, при первой степени тяжести кровопотери в большинстве случаев лечение проводилось консервативное, поскольку язвенный процесс локализовался в пределах слизистой оболочки. Такие язвы чаще всего острые и, как известно, они быстро эпителизируются.

При второй степени кровопотери, когда были поражены более глубокие слои органа (мышечный слой), ожидать самостоятельной остановки кровотечения затруднительно. Таким больным мы рекомендуем произвести экстренное оперативное вмешательство, так как у большинства из них, как правило, длительный язвенный анамнез, кровопотеря средней тяжести с дефицитом ОЦК до 20% и здесь еще нет срыва компенсаторных механизмов.

При третьей и четвертой степени кровопотери и тем больным, которые были отнесены по эндоскопической классификации к этим группам, считаем показано экстренное оперативное вмешательство по жизненным показаниям. В большинстве случаев у них был длительный язвенный анамнез, патологический процесс охватывал более глубокие слои органа, а, следовательно, поражены внеорганные кровеносные сосуды, имелись явления рубцовой деформации с явлениями стеноза - воспалительного, либо рубцово-язвенного и рубцового характера.

Мы считаем, что в выборе метода операции главную роль должны играть следующие факторы: объективная клиническая картина степени кровотогери; состояние объемных показателей гемодинамики, степень нарушения центральной гемодинамики, морфо-эндоскопическая картина язвенного поражения органа; длительность язвенного анамнеза, степень охвата язвенным процессом различных слоев стенки органа, степень стенозирования органа; поражения внутри- и внеорганных кровеносных сосудов; наличие сопутствующих заболеваний и состояние двенадцатиперстной кишки, т.е. должен быть дифференцированно-индивидуальный подход, исходя из данных комплексного обследования.

При решении вопроса об операции, мы производим резекцию желудка по видоизмененной и разработанной в нашей клинике методике с попережным гастроэнтэроанастомозом с коррекцией хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). Одним из оперативных вмешательств, которое предупреждает развитие пострезекционных синдромов, является пилоросохраняющая резекция, предпринимаемая при язвенной болезни желудка.


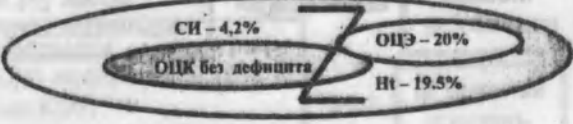
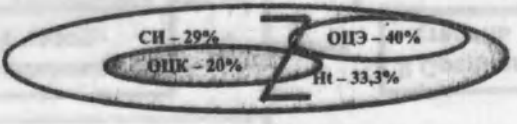

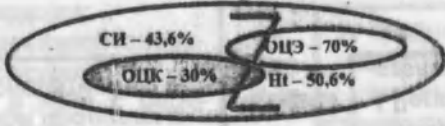


В процессе лечения мы проследили за показателями гемодинамики у групп больных, которые получили традиционное лечение.

В эту группу (контрольную) вошли 78 больных, им были произведены следующие виды оперативных вмешательств: резекция желудка по Бильрот-П в модификации Гомейстера-Финстера - у 35 (44,9%), по Бильрот-П с попережным гастроэнтэроанастомозом - у 19 (24,3%), Мэки-Шаллмова - у 18 (23,1%), дуоденотомия с иссечением язвы и ушиванием кровотокающего сосуда - у 6 (7,7%) больных.

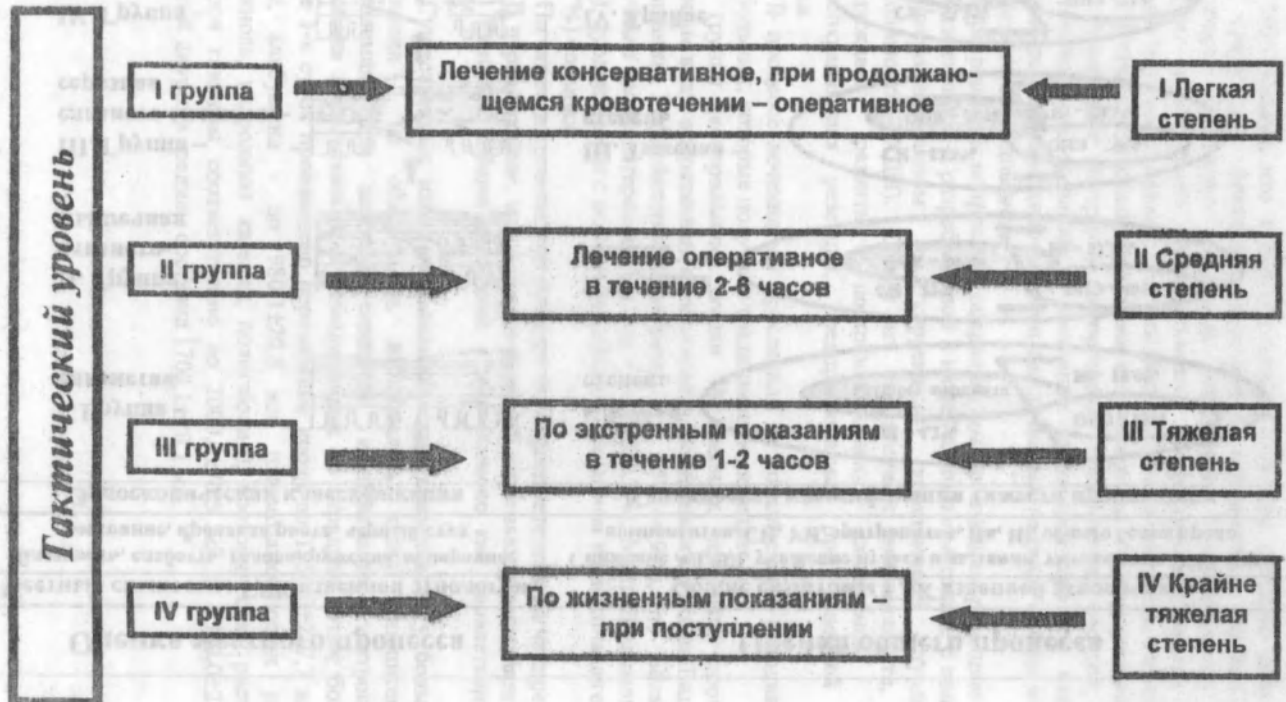
По тяжести кровопотери больные были распределены на четыре группы. В первой группе, или в группе с легкой степенью кровопотери было 10 (12,8%) больных. Общее состояние у них оценено как удовлетворительное (табл. 2).

Существенных изменений волеических показателей у больных при поступлении не обнаружено, наблюдались лишь гипохлоремическая нормоволемия, при которой снижение концентрации эритроцитов и гемоглобина незначительны и гемодинамика не страдала. Этих больных в течение 3-х суток произведено переливание крови до 1550,0±217,7 мл, кроме плазмы, альбумина - до 980,1±20,8 мл, плазмозамещающих растворов (желатинол, тидролизат казеина, полиглокин), изотонических растворов и растворов глюкозы соответственно до 2000,0±70,5 мл и 7500,0±270,3 мл. Суточный диурез в среднем составил 1700,1±70,1 мл.

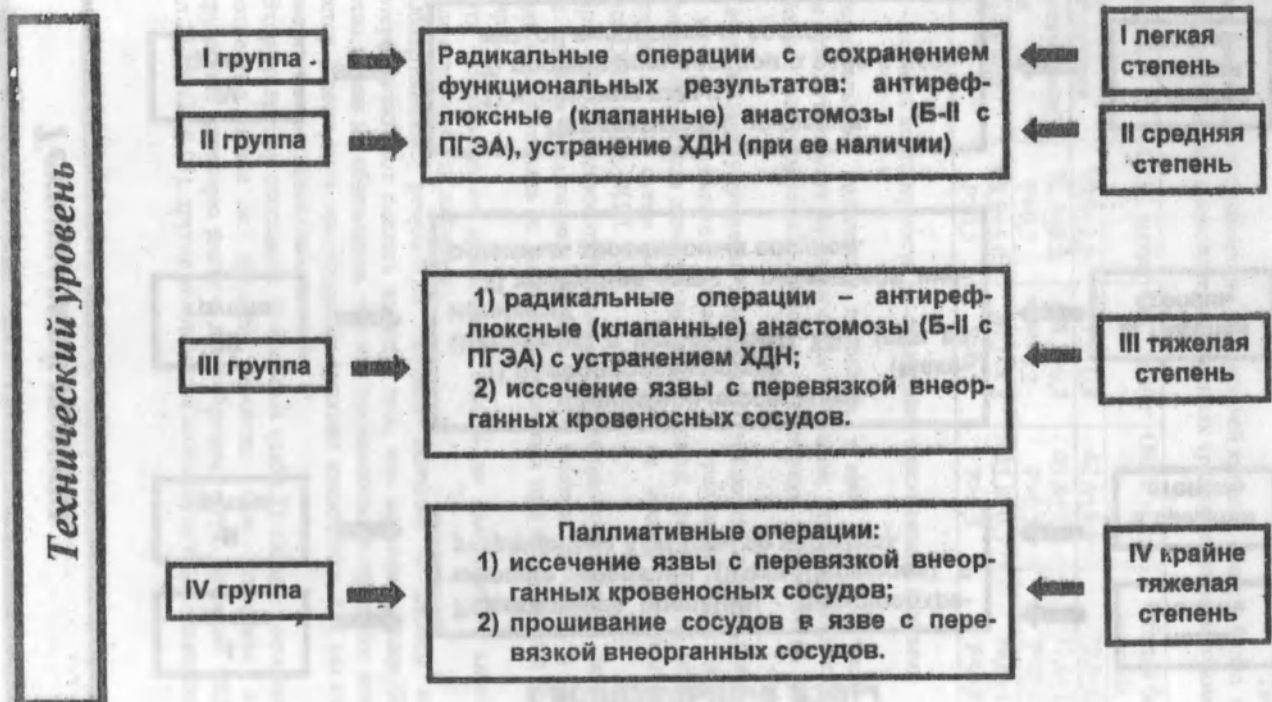
Алгоритм выбора метода и срока лечения при гастродуоденальных кровотечениях (ГДК) язвенной этиологии

Оценка местного процесса		Оценка общего процесса	
Местные симптомы ГДК язвенной этиологии		Общие симптомы ГДК язвенной этиологии	
Бледность, слабость, головокружение, обморочное состояние, кровавая рвота, черный стул		Снижение АД, ВД, учащение пульса и дыхания, уменьшение ОЦК в его компонентах, СИ, УИ, эритроцитов, Нв, Нт, общего белка крови	
Эндоскопическая классификация		Клиническая классификация тяжести кровопотери	
I. Группа - слизистая 	I. Легкая степень	СИ - 4,2% ОЦК без дефицита ОЦЭ - 20% Нт - 19,5% 	
II. Группа - слизисто-мышечная 	II. Средняя степень	СИ - 29% ОЦК - 20% ОЦЭ - 40% Нт - 33,3% 	
III. Группа - слизисто-мышечно-серозная 	III. Тяжелая степень	СИ - 43,6% ОЦК - 30% ОЦЭ - 70% Нт - 50,6% 	
IV. Группа - пенетрирующая язва 	IV. Крайне тяжелая степень	СИ - 53,2% ОЦК < 5% ОЦЭ - 75% Нт - 58,8% 	

Выбор срока оперативных вмешательств



Выбор метода оперативных вмешательств Дуоденальные язвы



Выбор метода оперативных вмешательств Гастральные язвы

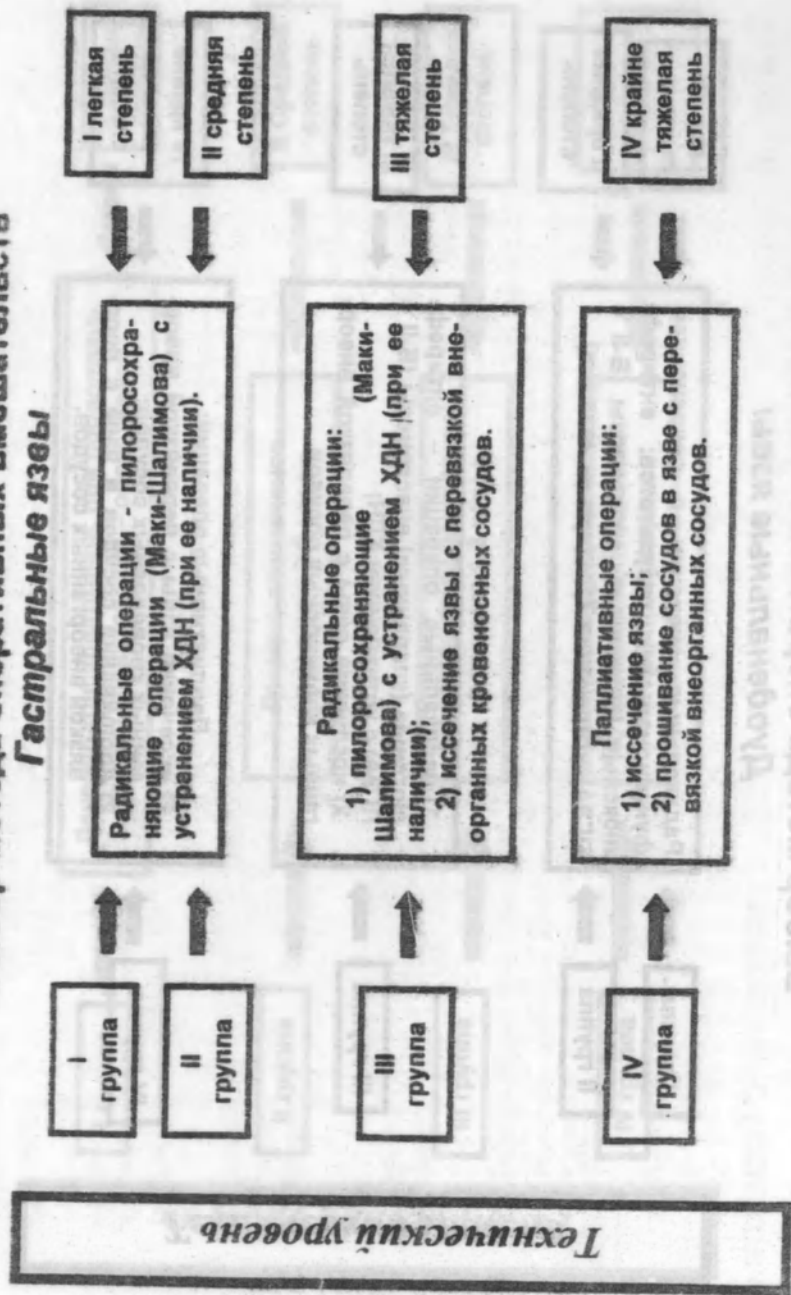


Таблица 2

Динамика изменений волемических показателей крови и общего белка плазмы у больных с I степенью кровопотери, леченных традиционным методом (n-10)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	70,9±2,9	27,4±0,8	42,6±0,6	72,8±0,7
На 4-5 сутки после операции	72,5±0,8 P>0,5	28,7±0,7 P>0,2	43,8±1,2 P>0,5	77,6±1,2 P<0,01
Перед выпиской	68,8±5,0 P>0,5	26,2±4,8 P>0,5	42,4±0,7 P>0,5	79,6±1,8 P<0,01

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Перистальтика кишечника появилась у них через 24 часа, а газы начинали отходить спустя 36 часов после операции, стул появился только на 3 сутки, полное восстановление функции кишечника отмечено на четвертые сутки.

Качественного улучшения показателей гемодинамики и положительного сдвига их в результате проведенного традиционного инфузионно-трансфузионного метода лечения мы не отметили. Несмотря на восполнение кровопотери, на 4-5 сутки после операции на уровне исходных величин оставались ОЦК, ОЦЭ, ОЦП.

При сопоставлении с исходными величинами получены достоверные различия лишь в содержании общего белка плазмы (P<0,01), а остальные показатели не отличались от данных, полученных при поступлении больных в стационар.

Эти показатели не изменялись вплоть до выписки из клиники, по сравнению с исходными данными.

Обнаруженные результаты лечения больных с первой степенью кровопотери позволяют сделать вывод о том, что введение такого большого количества крови не обосновано, так как гиповолемия в процессе лечения не устраняется. Кроме того, эвакуаторная функция кишечника, как мы отметили, своевременно не восстанавливается.

Вторую группу составили 30 больных (табл.3). Общее состояние у них было отнесено нами к средней тяжести. Они отмечали слабость, головокружение, кровавую рвоту и дегтеобразный стул. Дефицит ОЦЭ у них составил 21,2% (P<0,05), другие компоненты волеми не были изменены.

Таблица 3
Динамика изменений волеимических показателей крови и общего белка плазмы у больных со II степенью кровопотери, леченных традиционным методом (n-30)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	69,1±0,6	26,9±1,4	42,5±0,6	75,8±0,2
На 4-5 сутки после операции	70,5±1,3 P>0,2	26,5±1,2 P>0,5	43,8±0,5 P>0,1	70,4±0,4 P<0,001
Перед выпиской	66,8±0,6 P<0,01	23,7±1,1 P<0,1	43,1±0,1 P>0,2	60,5±0,7 P<0,001

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Этим больным в течение 3-х суток переливали кровь в среднем 2450,0±117,0 мл, кровезаменители (плазма, альбумин) - 2800,0±30,4 мл, плазмозаменяющие растворы (желатиноль, гемодез, полиглокин, протеин, альвезин) - 3240,0±5,1 мл, 20% раствор глюкозы - 5200±60 мл, изотонические растворы - 9500,0±230,0 мл.

Нами отмечено, что основная функция кишечника у II группы больных приходит к норме лишь на четвертые-пятые сутки после операции, а перистальтика появлялась в начале вторых суток, газы начали отходить через 37-38 часов, стул появился лишь через четыре дня после операции. Следовательно, четко прослеживается картина энтеральной недостаточности, развивающаяся как последствие кровопотери. Проведенное традиционным методом лечение не приводит к восполнению кровопотери, несмотря на достаточное количество перелитой крови и кровезаменителей.

По-прежнему сохраняется дефицит ОЦЭ на 21,0%. На 4 сутки, несмотря на интенсивное лечение, в послеоперационном периоде наблюдалось снижение общего белка плазмы.

Перед выпиской у больных сохраняется гиповолемия, главным образом, за счет ОЦЭ, дефицит которого доходит до 30,3%. Такое уменьшение ОЦЭ мы объясняем не только феноменом депонирования форменных элементов крови, но и в результате развивающейся энтеральной недостаточности. Кроме того, в момент выписки отмечено прогрессивное уменьшение общего белка плазмы (ОБП) на 17,7% P<0,001, что также является, как мы полагаем, результатом энтеральной недостаточности.

Третью группу составили 27 больных с III степенью кровопотери (табл.4). Общее состояние было тяжелым, оно сопровождалось частыми обмороками, резкой слабостью, бледностью кожных покровов, отмечалась многократная рвота кровью и частый жидкий стул.

Дефицит ОЦК был в среднем равен 18,5%, а ОЦЭ - более 57,5%, ОЦП превышал норму на 11,6%. Эти больные в клинику поступали на вторые и третьи сутки от начала кровотечения. Снижение волеимических показателей соответствовало клинической картине заболевания.

Таблица 4
Динамика изменений волеимических показателей крови и общего белка плазмы у больных с III степенью кровопотери, леченных традиционным методом (n-27)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	57,95±1,5	14,02±1,2	43,0±1,2	68,0±0,4
На 4-5 сутки после операции	66,7±1,8 P<0,001	24,9±1,5 P<0,001	41,5±0,5 P>0,2	63,9±0,7 P<0,001
Перед выпиской	67,3±1,8 P<0,001	23,2±1,5 P<0,001	43,5±0,5 P>0,5	59,0±0,4 P<0,001

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Этим больным в течение трех суток перелито в среднем 3370,0±231,0 мл крови, кровезаменителей - до 1850,0±30,0 мл, плазмозаменяющих растворов - 6200,0±81,0 мл, изотонических, гипертонических растворов глюкозы вливали в течение 5-7 суток до 12000,0±230,0 мл. В течение 4-х суток ликвидировать дефицит волеимических показателей не удается (дефицит ОЦЭ 27,2%). На 4-5 сутки после операции достоверно снизилось содержание общего белка плазмы.

Выявляется последовательность изменений, зависящих от объема крови: чем больше была потеря крови, тем выраженнее становились проявления энтеральной недостаточности. Так, перистальтика кишечника появлялась спустя 23-26 часов после операции, газы начали отходить через 30-35 часов, стул появлялся на 4-5 сутки.

Перед выпиской, несмотря на проведенное лечение, сохраняется дефицит волеимических показателей крови, дефицит ОЦЭ, наоборот, увеличивается и доходит до 28% (P<0,001). Переливание большого количества крови и кровезаменителей не увеличивает уровень общего белка крови, дефицит которого перед выпиской составляет 19,2% (P<0,001), а дефицит веса тела доходит до 9%.

У больных с IV степенью кровопотери (11 чел.) (табл.5) общее состояние было крайне тяжелое, профузное гастродуоденальное кровотечение сопровождалось длительной потерей сознания, коллапсом, нитевидным пульсом, АД ниже критического уровня (50-40 мм рт. ст. и ниже). Дефицит ОЦК в среднем составлял более 20%, ОЦЭ - 60,6%. Тяжелой степени кровопотери сопутствовала циркуляторная гипоксия, выраженная гипоксия и выраженная гипопроотеинемия.

Таблица 5

Динамика изменений волемиических показателей крови и общего белка плазмы у больных с IV степенью кровопотери, леченных традиционным методом (n-11)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	56,5±4,5	13,7±3,5	43,0±0,7	56,1±2,3
На 4-5 сутки после операции	64,6±4,0 P>0,2	19,8±2,0 P>0,1	44,8±0,2 P<0,02	58,2±1,2 P>0,5
Перед выпиской	65,5±2,9 P>0,1	20,5±2,9 P>0,2	44,8±0,5 P>0,05	69,5±0,7 P<0,05

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Больным в течение 4-5 дней после операции перелито 3719,0±181,0 мл крови, крово- и плазмозаменителей - 11000,0±41,0 мл, раствора глюкозы - 14000,0±561,0 мл. В течение указанного срока при традиционном методе лечения больные не получали пищевые продукты, т.е. осуществлялось длительное голодание. Оно, как мы полагаем, приводит к усилению энтеральной недостаточности, в результате чего незначительные перистальтические волны кишечника появились через 29-30 часов после операции. Нарушение моторной функции кишечника способствует уменьшению кровотока слизистой кишечника, что патогенетически нарушает всасывательную способность органа и оно продолжается до 4-5 дней.

Дефициты ОЦК и ОЦЭ продолжают сохраняться в течение 4-5 дней.

Перед выпиской больных из стационара дефицит ОЦК в среднем составил 7,2%, а ОЦЭ - 42,4%, по-прежнему сохраняется гипопротейнемия, хотя уровень ее в этот период достоверно повысился в сравнении с данными при поступлении и на 4 сутки после операции.

Динамика изменений гемодинамических, гематологических и гастроэнтерологических нарушений у больных с IV степенью кровопотери при поступлении и после операции, наблюдаемые при традиционном методе лечения, позволяют с полной определенностью говорить о том, что этот объем лечения не устраняет последствий гиповолемии, а следовательно, и гипоксии: гипопротейнемия продолжает оставаться, перистальтика и всасывательная функция кишечника восстанавливается поздно. Следовательно, этот объем нарушений, который возникает при тяжелой степени кровопотери, не устраняется традиционными методами лечения.

Основную группу составили больные, которым произведено оперативное вмешательство - резекция желудка по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом и по Маки-Шалимову и переливание крови сочеталось с энтеральным питанием.

Послеоперационное лечение осуществлялось по специально разработанной в нашей клинике методике с коррекцией энтеральной недостаточности. Энтерально-зондовое питание начинали через 10-12 часов после операции, в первые сутки скорость введения питательного вещества равнялась 1-2 мл/мин, на вторые и третьи сутки - 2-3 мл/мин и проводили его в течение 4-5 дней.

Об эффективности проведенного лечения в послеоперационном периоде у больных с ГДК мы видели из данных нижеследующих исследований, которые рассматриваются в зависимости от степени тяжести кровотечения.

В первую группу с первой степенью кровопотери вошли 11 (14,6%) больных (табл.6).

Таблица 6

Динамика изменений волемиических показателей крови и общего белка плазмы у больных с I степенью кровопотери при коррекции энтеральной недостаточности (n-11)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	71,8±0,5	31,5±1,5	40,3±0,5	74,5±0,8
На 4-5 сутки после операции	73,1±0,4 P>0,05	30,4±1,7 P>0,5	42,7±0,7 P<0,02	73,7±2,1 P>0,5
Перед выпиской	71,1±0,7 P>0,5	30,5±0,4 P>0,5	40,5±0,8 P>0,5	75,7±1,7 P>0,5

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Существенных отклонений от нормы со стороны волемиических показателей крови при поступлении у этих больных не наблюдалось, кроме ОЦЭ.

Внутривенное введение лекарственных веществ сочетали в первые сутки с зондовым энтеральным питанием по 1750,0±34,8 мл и 480,7±15,1 мл соответственно. Начиная со вторых суток, больные получали только зондовое питание. В течение четырех суток при помощи зондового питания больные получали энпита до 6220,0±470,3 мл. Через 15 часов после операции уже появились признаки перистальтики кишечника.

Спустя 24-26 часов начали отходить газы, через 42-44 часа был стул. Следовательно, моторно-эвакуаторная и всасывательная функции кишечника на вторые же сутки улучшаются и постепенно восстанавливаются. Если и имеется у больных первой степени кровопотери при поступлении энтеральная недостаточность, то она была выражена в легкой степени.

На четвертые сутки после операции дефицит волемиических показателей нивелируется, практически все показатели не отличались от исходных величин, несмотря на оперативное вмешательство, которое выполнялось аналогично

группе больных с первой степенью тяжести, без коррекции энтеральной недостаточности.

Все эти данные послужили основанием отмены проведения коррекции энтеральной недостаточности уже с 4-5 суток послеоперационного периода. К моменту выписки из стационара все показатели остаются на прежнем уровне, что указывает на благоприятное влияние энтерального питания в раннем послеоперационном периоде.

Больных со второй степенью кровопотери было 25 (33,3%) (табл.7). Обнаруженная у этих больных при поступлении олигоцитемическая гиповолемия с дефицитом ОЦЭ на 15,1% обусловлена гемодилюцией, так как ОЦП несколько превышает норму. У этой категории больных уже обнаружено уменьшение общего белка плазмы (ОБП) на 6,8%.

Таблица 7

Динамика изменений волевических показателей крови и общего белка плазмы у больных со II степенью кровопотери при коррекции энтеральной недостаточности (n-25)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	71,1±1,2	28,7±1,4	41,5±1,7	68,1±0,5
На 4-5 сутки после операции	70,5±0,4 P>0,5	28,0±1,5 P>0,5	42,5±0,4 P>0,5	71,5±1,5 P<0,05
Перед выпиской	72,5±1,5 P>0,5	32,0±1,2 P>0,1	40,5±0,8 P>0,5	75,0±0,3 P<0,001

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Лечение этих больных осуществляли, как и у лиц с первой степенью тяжести кровопотери. Разница заключалась лишь в количестве внутривенно переливаемой жидкости и энтеральной питательной смеси. В первые сутки объем внутривенной инфузионно-трансфузионной жидкости составил 3000,0±56,0 мл, а энпиты - 420,0±9,9 мл.

На вторые сутки внутривенное введение лекарственной жидкости уменьшали на 41,5%, а объем ЭЗП увеличивали до 910,0±12,0 мл, на четвертые сутки - до 2000,0±45,0 мл. На вторые же сутки нами обнаружена нормализация перистальтики кишечника (через 20-22 часа), газы начали отходить через 29,5-30,0 часов, а стул - 41,7-43,0 часа после операции. Эти данные говорили о своевременной ликвидации энтеральной недостаточности, в том числе и о восстановлении всасывательной функции кишечника. Волевические показатели стабилизировались на 4 сутки, однако, с небольшим дефицитом ОЦЭ. К указанному сроку отмечена тенденция к увеличению общего белка плазмы, а к моменту выписки он несколько превышал норму и достоверно был повышен по сравнению с исходным уровнем. Перед выпиской больных все

объемные показатели гемодинамики полностью восстановились. Следовательно, у больных со второй степенью кровопотери на 12 сутки полностью восстанавливаются основные показатели гемодинамики, в том числе ОЦЭ. При второй степени тяжести кровопотери использование энтерального питания резко уменьшает потребности в парентеральном введении белковых и солевых растворов, а к моменту выписки их показатели значительно лучше, чем в аналогичной группе без коррекции энтеральной недостаточности.

У 29 больных (38,7%) с третьей степенью тяжести при поступлении дефицит ОЦК в среднем составил 12,8%, а ОЦЭ - 42,4%, при нормальном объеме ОЦП; из 29 у 12 больных дефицит ОЦК доходил до 28,5% (табл.8).

Общий белок плазмы снижен на 17,7%. Как нами было уже отмечено, чем тяжелее степень кровопотери, тем скорость кровотока уменьшается. Однако, снижение фильтрационной функции почек у них не происходит.

Таблица 8

Динамика изменений волевических показателей крови и общего белка плазмы у больных с III степенью кровопотери при коррекции энтеральной недостаточности (n-29)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	61,5±1,4	19,8±2,5	41,6±1,7	60,1±0
На 4-5 сутки после операции	68,9±3,0 P<0,05	26,2±1,3 P<0,05	42,7±0,2 P>0,5	72,8±0,7 P<0,001
Перед выпиской	71,5±0,3 P<0,001	30,5±0,5 P<0,001	40,9±0,3 P>0,5	76,8±0,4 P<0,001

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Суточный диурез составил 1200,0±20,1 мл в первые же сутки, а энергетическая ценность питательной смеси доведена нами до 2500,0±21,0 ккал, на вторые сутки - до 2950,0±17,0 ккал, третьи и четвертые - 3000,0±25,0 ккал.

В течение двух суток послеоперационного периода, кроме внутривенной инфузионной терапии и ЭЗП больных с третьей степенью кровопотери мы переливали в среднем до 700,5±8,0 мл крови, в то время как больным в контрольной группе в течение указанного срока перелито крови до 3370,0±231,0 мл, т.е. уменьшен объем переливаемой крови на 79,2%.

Результаты исследований показывают, что общий объем крови почти доходит до нормы, а дефицит ОЦЭ с 40,2% при поступлении снижается до 20,1%, на 4 сутки после операции восполнено оно более чем на 52%, а перед выпиской имеет лишь 9,0% дефицита.

Наиболее существенный сдвиг произошел в отношении общего белка плазмы, уменьшенного на 17,7% при поступлении, к указанному сроку дошел до контрольных цифр и к моменту выписки - выше контроля на 9,6%.

Функциональная деятельность кишечника, как мы определили на примере данной группы больных, восстанавливается очень быстро. На вторые же сутки после операции возобновляется всасывательная функция кишечника, у 97% больных в первые сутки появилась перистальтика, затем на 2-е сутки был стул.

Раннее восстановление функции кишечника и раннее устранение энтеральной недостаточности мы считали результатом своевременно проведенного энтерально-зондового питания, усиливающего моторную деятельность тонкой кишки, улучшающий гемодинамику кишечника.

При введении питательной смеси организм своевременно, в ближайшие часы после кровопотери, получает необходимые для организма ингредиенты питания (белки, жиры, углеводы, электролиты) естественным путем.

Исследования, выполненные у 10 (13,3%) больных с крайне тяжелой четвертой степенью кровопотери показали, что при поступлении у них в среднем дефицит ОЦК составляет 20,0% при 37% дефиците его у 5 из 10 больных, а дефицит ОЦЭ в среднем составил 54%. Тяжелая степень гиповолемии привела к снижению общего белка до 21,8% (табл.9). Клиническая симптоматика у этих больных характеризовалась обморочным состоянием, коллапсом, падением АД ниже критического уровня, нитевидным пульсом.

Таблица 9

Динамика изменений волевических показателей крови и общего белка плазмы у больных с IV степенью кровопотери при коррекции энтеральной недостаточности (n=10)

Сроки	ОЦК, мл/кг	ОЦЭ, мл/кг	ОЦП, мл/кг	Общий белок плазмы, г/л
При поступлении	56,5±3,0	15,8±2,7	40,6±0,7	57,2±2,8
На 4-5 сутки после операции	67,5±4,0 P>0,05	24,9±3,3 P>0,05	42,7±2,8 P>0,5	71,1±0,8 P<0,001
Перед выпиской	72,5±0,5 P<0,001	30,7±1,5 P<0,001	41,8±1,6 P>0,5	79,1±4,1 P<0,001

P - степень достоверности по сравнению с исходными данными

Лечебная тактика у этой группы в принципе не отличалась от предыдущих 3-х групп. В течение первых трех дней послеоперационного периода в среднем переливали до 1750,0±15,1 мл крови, а больным в контрольной - в течение указанного срока было перелито до 3719,0±181,0 мл крови, или на 52,7% в основной группе уменьшен был ее объем.

Энтеральное зондовое питание проводили в течение 5 суток. Общий объем внутривенного введения инфузионной терапии и питательной смеси соответствовал уровню III группы больных, не нарушая соотношения энергетической потребности организма.

Результаты исследования, проведенные на 4-5 сутки, показали, что всасывательная функция кишечника восстанавливается уже на третий день. Перистальтика кишечника в этой группе больных появлялась спустя 17-18 часов после операции, газы начали отходить через 28-30 часов и к концу вторых суток - самостоятельный стул.

На 4-5 сутки после операции у этой крайне тяжелой группы больных дефицит ОЦК составил лишь 4,2%, т.е. практически к указанному сроку он восстанавливается. При поступлении он имел 20,0% дефицита. ОЦЭ восполнялся более чем на 53%, т.е. с 54,5% дефицита при поступлении, а на 4 сутки он уменьшен до 24,2%. Общий белок плазмы, уменьшенный на 21,8% при поступлении, на 4 сутки достигает нижней границы нормы. Показатели гемодинамики, стабилизировавшиеся уже к 4 дню послеоперационного периода, удерживаются вплоть до выписки больных из клиники.

Таким образом, к моменту выписки наблюдалось достоверное повышение ОЦК, ОЦЭ, общего белка плазмы крови (ОБП) P<0,001.

Следовательно, при использовании питательной смеси у больных с крайне тяжелой степенью кровопотери относительно быстро восстанавливаются основные функции кишечника и, тем самым, своевременно устраняется энтеральная недостаточность.

Благоприятное действие ЭЗП на волевические и гемодинамические показатели было достигнуто также и при меньшем объеме (на 52,7%) перелитой крови.

До настоящего времени нет единого критерия определения оценки нормального функционирования оперированного желудка. Нормально функционирующий желудок после операции должен обладать, как нам представляется, определенным уровнем сохранения секреторной и моторно-эвакуаторной функции, не должно быть жалоб, явлений обострения гастрита, рецидива язвы и должно быть компенсированное пищеварение.

Частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде зависела от длительности кровотечения, локализации источника кровотечения, возраста больных и наличия тяжелых сопутствующих заболеваний и степени кровопотери. Летальность после резекции по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом из оперированных с 1991 по 1997 год составляла 3,2%, а после операции Маки-Шалимова - 1,4%.

Мы также изучили результаты хирургического лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде в сроки от одного года до 7 лет, которым выполнена резекция желудка с поперечным гастроэнтероанастомозом и по Маки-Шалимову.

Оценка эффективности антирефлюксных и пилоросохраняющих операций при ГДК язвенной этиологии проводилась по данным клинического

обследования, рентгенологического исследования, фиброгастроскопии, определения кислотности желудочного сока (путем окрашивания слизистой желудка 0,5%-м раствором конго-красного по методу Suzuci). Одновременно обращали внимание на еюногастральные (ЕГР), дуоденогастральные (ДГР) рефлюксы и их выраженность, явления рефлюксогастрита (РГ). Такой подход оценки отдаленных результатов дал нам возможность наиболее полно установить последствия различных видов выполняемых нами оперативных вмешательств при ГДК язвенной этиологии и оценить их эффективность (табл.10,11).

Сравнительный анализ исследования отдаленных результатов после резекции по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом, при помощи гастроскопии и рентгеноскопии показало, что эндоскопическая картина оперированного желудка по Бильрот-II с ПГЭА характеризовалась отсутствием пищевых масс в желудке и эзофагита, складки желудка слегка утолщены и они, обычно, группируясь в продольном направлении в области анастомоза, соприкасаются, образуя сужение наподобие сфинктера; перистальтические волны четко прослеживаются, анастомоз не широкий, постоянно в состоянии смыкания; анастомотическая полость маленькая, циркулярные складки слизистой приводящего и отводящего колена тонкой кишки слегка утолщены, без признаков воспаления, перистальтические волны синхронны, в одном направлении с перистальтикой слизистой желудка и отсутствует еюногастральный рефлюкс. Низкий процент еюногастрального

Таблица 10

Отдаленные результаты эндоскопического исследования после резекции желудка по Бильрот-II с ПГЭА (n-103) и Маки-Шалимову (n-50)

Название патологии	Б-II с ПГЭА		Маки-Шалимову	
	абс.число	%	абс.число	%
Еюногастральные рефлюксы	7	6,6	-	-
Дуоденогастральные рефлюксы	-	-	2	4,0
Гастрит	8	7,6	2	4,0
Наличие пищевых масс в желудке	2	1,9	1	2,0
Анастомозиты	6	5,8	3	6,0
Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка	3	2,9	1	2,0
Лигатурные анастомозиты и изъязвления	11(3)	10,6(2,9)	2	4,0
Наличие пептических язв	2	1,9	-	-
Рубцовые деформации в области анастомоза	3	2,9	1	2,0
Демпинг-синдром	2	1,9	-	-
Синдром приводящей петли	1	0,9	-	-

Таблица 11

Отдаленные результаты рентгенологического исследования после резекции желудка по Бильрот-II с ПГЭА (n-109) и Маки-Шалимову (n-54)

Название патологии	Б-II с ПГЭА		Маки-Шалимову	
	абс.число	%	абс.число	%
Еюногастральные рефлюксы	3	2,7	-	-
Дуоденогастральные рефлюксы	-	-	1	1,8
Гастрит	5	4,5	2	3,6
Наличие пищевых масс в желудке	2	1,8	1	1,8
Анастомозиты	2	1,8	2	3,6
Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка	3	2,7	3	5,5
Лигатурные анастомозиты и изъязвления	3	2,7	1	1,8
Наличие пептических язв	5	4,5	-	-
Рубцовые деформации в области анастомоза	1	0,9	1	1,8
Демпинг-синдром	1	0,9	-	-
Синдром приводящей петли	1	0,9	-	-

рефлюкса (6,6%) получен благодаря щелевидной форме гастроэюноанастомоза и ритмичного смыкания и размыкания анастомоза.

Рентгенологическое исследование показало, что после операции по Бильрот-II с ПГЭА мы не наблюдали забрасывания контраста в приводящую петлю, в то время как после Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера контраст забрасывался до слепого конца двенадцатиперстной кишки.

Причины нарушения эвакуаторной функции оперированного желудка являются многофакторными; зависят не только от характера анастомоза, еюногастральных рефлюксов, но и от периенонитов, перивисцеритов.

Демпинг-синдром и синдром приводящей петли после резекции желудка с поперечным гастроэнтероанастомозом встречался редко (до 1,9% и 0,9% соответственно) и клинически протекал в легкой степени.

Изучение отдаленных результатов после резекции желудка по Маки-Шалимову у больных с ГДК язвенной этиологии показало, что пострезекционные синдромы встречаются относительно редко. Пептическая язва и демпинг-синдром не развивались.

Данные исследования рН желудка, тощей кишки и двенадцатиперстной кишки показывают, что особых различий рН желудка до 3-х лет и 4-7 лет после резекции не наблюдается. Однако необходимо отметить, что рН желудка в течение 3-х лет после операции резекции по Бильрот-II с ПГЭА находится на уровне нижней границы нормы, т.е. рН до 3 и более обнаружен у 22 (8,8%), а из

53 обследованных от 4 до 7 лет - у 49 (92,5%) отмечены высокие цифры *pH* (табл.12,13).

Таблица 12

Результаты исследования *pH* желудка и тощей кишки после резекции желудка по Бильрот-II с ПЭА (конго-красный п-103)

Сроки	<i>pH</i> желудка (п-53)			<i>pH</i> тощей кишки (п-50)	
	до 2	до 3	4 и более	до 3	4 и более
1-3 года	3	19	3	1	24
4-7 лет	1	24	3	0	25
Всего: абс.число	4	43	6	1	49
%	7,5	81,2	11,3	2,0	98,0

Таблица 13

Результаты исследования *pH* желудка и дуоденума после резекции желудка по Маки-Шалимову (конго-красный п-50)

Сроки	<i>pH</i> желудка (п-27)			<i>pH</i> дуоденума (п-23)	
	до 2	до 3	4 и более	до 3	4 и более
1-3 года	3	11	1	1	12
4-7 лет	3	8	1	0	10
Всего: абс.число	6	19	2	1	22
%	22,2	70,4	7,4	4,4	95,6

Следовательно, у 92,5% пациентов в отдаленном периоде после резекции желудка по Бильрот-II с ПЭА отмечается снижение кислотности желудочного сока. Иную картину мы обнаружили при исследовании *pH* желудка в отдаленном периоде после резекции желудка по Маки-Шалимову: *pH* желудка до 3-летнего периода колебался до 3 и более 3 - у 12 из 15, а с 4-7-летнего периода - у 9 из 12 пациентов.

В отдаленные периоды из 27 у 21 пациента после резекции желудка по Маки-Шалимову обнаружено снижение кислотности желудочного сока. Редко выявлялись гастродуоденальные рефлюксы, воспалительные явления в области анастомоза и не было демпинг-синдрома и пептических язв.

Исследования *pH* тощей кишки и дуоденума показало, что после резекции желудка по Бильрот-II с ПЭА в отдаленном периоде до 3 лет у 24 из 35 больных отмечена нормализация, присущая для тощей кишки среда - *pH* более 4, а с 4 до 7 лет - у всех 25.

Таким образом, резекция желудка по Бильрот-II с ПЭА в отдаленные сроки не вызывает нарушения среды, присущей тонкой кишке, что очевидно и обеспечивает нормальное всасывание пищевых ингредиентов.

Аналогичная картина обнаружена у пациентов, которым произведена резекция желудка по Маки-Шалимову. У 22 из 23 пациентов в просвете двенадцатиперстной кишки имела среда, близкая к норме - *pH* более 4. Такая *pH* среды в двенадцатиперстной кишке в течение 3 лет после операции приближалась к норме у 12 из 13, в последующие годы (4-7) почти полностью нормализуется.

Таким образом, следует отметить, что совершенствование диагностики и техники оперативных вмешательств при ГДК язвенной этиологии представляет практический и научный интерес. Наиболее приемлемыми и получившими широкое распространение методами распознавания диагноза при остром язвенном кровотечении признана экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Сравнительный анализ результатов эндоскопической прижизненной патоморфологии с данными операционной находки показал, что между ними существует четкая корреляционная связь. Гистологические исследования операционного материала показали, что склеротические изменения наблюдаются по ходу кровеносных сосудов по типу эндофлебита, иногда с облитерацией их просвета. Эти перивазальные изменения сопровождаются образованием грануляционного вала вокруг язвы, инфильтрацией ткани всей стенки органа, вызывая перигастриты, перидуодениты и, как следствие, организацией межорганных спаек. Переход патологического процесса на соседние органы также сопровождается аналогичными изменениями, которые наблюдаются в сосудах пораженного органа. Следовательно, наиболее подвергающимися воздействию агрессии оказываются внеорганные кровеносные сосуды, что, как правило, наблюдается при каллезных и пенетрирующих язвах. Данные наших исследований показывают, что эти виды язв, размеры которых превышали 2 см, расположены в теле желудка у 90,5% и на задней стенке двенадцатиперстной кишки у 78,0% больных.

Диагноз должен быть максимально ранним, убедительным и достоверным, что достигается экстренностью использования указанного метода, обеспечивается визуальностью и количественной характеристикой патологического процесса.

В настоящее время желудочно-кишечный тракт рассматривают как единую замкнутую гидравлическую систему, органически связанную между собой. Нарушение любого из них неизбежно сказывается на функции всей системы. Следовательно, морфо-функциональные нарушения отдельных участков этой системы не только необходимо выявить, но и их адекватно коррегировать. В связи с этим выявление различных видов хронической дуоденальной непроходимости во время экстренных оперативных вмешательств и своевременная коррекция их играет патогенетическую роль в предупреждении развития пострезекционных синдромов. Наши исследования свидетельствуют о том, что лишь комплексный подход к проблеме диагностики и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений дает возможность преодолеть методологические ошибки при изучении пато- и саногенеза этой патологии.

ВЫВОДЫ

1. Для оценки тяжести кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях определения только объема циркулирующей крови недостаточно, так как этот показатель наиболее вариабельный и зависит от возможности восполнения емкостных сосудов межклеточной жидкостью. В таких ситуациях немаловажное значение приобретает определение компенсаторной возможности центральной гемодинамики и периферического кровообращения.

Комплексное определение тяжести кровопотери по трем этим показателям наиболее полно отражает истинную клиническую картину состояния больных.

2. При использовании энтерально-зондового питания, больные с I и II степенью кровопотери в переливании крови не нуждаются, а у больных с III и IV степенью кровопотери количество переливаемой крови уменьшено на 79,2% и 52,7% соответственно и, кроме того, оно устраняет явления секвестрации и депонирования крови, о чем свидетельствует быстрое восстановление эритроцитов, гемоглобина в периферической крови, а в послеоперационном периоде способствует быстрому нарастанию количества белка в крови, что приводит к активации иммунной системы и регенерации тканей.

3. Эндоскопическая классификация язвенного поражения, разработанная нами, является патогенетически обоснованной, для определения показаний к тем или иным видам оперативных вмешательств, где учитывается не только степень поражения стенки органа, но и главная причина кровотечения - поражение внеорганных сосудов, в которых происходят изменения по типу эндартериита, эндофлебита, вплоть до облитерации их просвета, приводящие к постоянной гипоксии органа, что, в свою очередь, создает условия для дальнейшего поражения ткани.

4. При любой степени кровопотери патология пораженного язвенным процессом органа может быть не равнозначной степени кровопотери, т.е. при острой плоской язве бывает тяжелая степень кровопотери, и наоборот, при каллезной или пенетрирующей язве, когда поражаются внеорганные кровеносные сосуды, может быть легкая. Следовательно, необоснованно экстренно производить операции при первом случае, если кровотечение остановилось; во втором случае, несмотря на легкую степень кровопотери, сама патология требует экстренной операции, так как кровотечение может повториться в любой момент.

5. Комплексное определение метода лечения и выработка патогенетически обоснованных показаний к тем или иным видам оперативных вмешательств заключается в следующем: экстренная диагностика источника кровотечения, проводимая в момент поступления больного в клинику, независимо от времени суток; определения локализации язвенного процесса, установление тяжести состояния и степени кровопотери при помощи объективных и клинических проявлений патологии, выработка вида

оперативных вмешательств на основании данных эндоскопии, осуществление основного принципа - пилоросохраняющие резекции при язве желудка и антирефлюксные при язве двенадцатиперстной кишки, устранение дуоденальной непроходимости, дренирование желудка и тощей кишки для проведения энтерального зондового питания.

6. При антирефлюксной операции необходимым условием и требованием для предупреждения развития рефлюксов является наложение гастроэнтероанастомоза в поперечном направлении, не превышающего 2 см соустья на короткой петле.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Основным методом в выявлении источника кровотечения и оценки состояния окружающих тканей вокруг язвы является эндоскопический, его использование позволяет обнаружить не только источник кровотечения, но и определить дальнейшую тактику ведения больного.

2. Для определения характера осложнений в послеоперационном периоде необходимо использовать эзофагогастроскопию и при выявлении анастомозита, изъязвлений, лигатурных свищей и др. применить эндоскопические методы лечения.

3. Определение кислотности желудочного сока, pH среды двенадцатиперстной кишки и тощей можно осуществить 0,5%-м раствором конго-красного.

4. Тяжесть кровопотери при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии необходимо определять комплексно, включая параметры центральной гемодинамики, клинические симптомы кровотечения, анатомо-морфологические изменения, развивающиеся в самой язве и вокруг нее.

5. При гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии патогенетически обосновано производство пилоросохраняющих операций при язве желудка и антирефлюксные при язве двенадцатиперстной кишки, отвечающих современным требованиям экстренной хирургии и предупреждающих развитие пострезекционных синдромов.

6. С целью своевременного восстановления гемодинамики, предупреждения развития секвестрации крови и устранения энтеральной недостаточности использовать энтерально-зондовое питание.

7. При использовании питательной смеси энтеральным способом отпадает необходимость переливания крови больным I и II степени кровопотери, а при средней и тяжелой степени кровопотери позволяет уменьшить ее объем.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Выбор лечебной тактики при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии // *Здравоохранение Киргизии*. - 1985. - № 5. - С. 33-36 (соавт.: М.М. Мамакеев).
2. Тактика хирурга при острых гастродуоденальных кровотечениях и показатели минутного объема крови (МОК) // *Гастродуоденальные кровотечения: Сб. научных работ кафедр хирургических болезней КГМИ*. - Фрунзе, 1987. - Т. 164. - С. 86-92 (соавт.: М.М. Мамакеев, А.А. Акматов).
3. К эндоскопии оперированного желудка // *Гастродуоденальные кровотечения: Сб. научных работ кафедр хирургических болезней КГМИ*. - Фрунзе, 1987. - Т. 164. - С. 104-111 (соавт.: М.М. Мамакеев, Т.С. Абдымомунов).
4. Методы эндоскопического гемостаза при язвенном кровотечении // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 1991. - № 5. - С. 61-64 (соавт.: Д.С. Абдуллаев, М.М. Мамакеев, Ю.В. Плотноков).
5. Модифицированные методы послеоперационного энтерально-зондового питания при гастродуоденальных кровотечениях: Методические рекомендации для врачей. - Бишкек, 1994. - С. 8 (соавт.: М.М. Мамакеев, О.Н. Нарбеков, И.А. Ашимов).
6. Обоснование тактики хирурга при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии // *Неотложная хирургия*. - Вып. II. - Бишкек, 1995. - С. 7-10 (соавт.: М.М. Мамакеев, Д.С. Абдуллаев).
7. Коррекция постгастрорезекционной недостаточности при остром язвенном кровотечении // *Неотложная хирургия*. - Вып. I. - Бишкек, 1995. - С. 4-7 (соавт.: М.М. Мамакеев, И.А. Ашимов, К.С. Сыдыгалиев).
8. Сравнительные анализы результатов диагностики «скорой помощи», приемного отделения, эндоскопии и операционных находок у больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 3-12 (соавт.: Д.С. Абдуллаев, Э.У. Алыбаев).
9. Гистологическая картина слизистой желудка в отдаленном периоде после резекции с антирефлюксным гастроэнтероанастомозом // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 12-16 (соавт.: М.Т. Рысбеков, В.А. Арбузов).
10. Изменение гемодинамики у оперированных больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии при традиционном методе лечения // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 16-22 (соавт.: К.С. Сыдыгалиев, Э.У. Алыбаев, М.Т. Рысбеков).
11. Изменения гемодинамики и энтеральной недостаточности у оперированных больных язвенной этиологии при традиционном методе лечения // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 22-31. (соавт.: К.С. Сыдыгалиев, Д.С. Абдуллаев).

12. Особенности коррекции энтеральной недостаточности у оперированных больных с язвенным кровотечением // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 31-42 (соавт.: М.М. Мамакеев, К.С. Сыдыгалиев).

13. Влияние энтерального питания и гипербарической оксигенации на больных с язвенным кровотечением в послеоперационном периоде // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 42-46 (соавт.: К.С. Сыдыгалиев, М.Т. Рысбеков, Д.С. Абдуллаев).

14. Об эффективности энтерально-зондового питания у оперированных больных язвенной этиологии // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 46-49 (соавт.: К.С. Сыдыгалиев, Д.С. Абдуллаев).

15. Оптимизация хирургического лечения язвенной болезни желудка // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 49-53 (соавт.: Д.С. Абдуллаев, Э.У. Алыбаев, К.С. Сыдыгалиев).

16. Особенности хирургического лечения язвенной болезни желудка в сочетании с хронической дуоденальной непроходимостью // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 53-57 (соавт.: Д.С. Абдуллаев, К.С. Сыдыгалиев, Э.С. Эсеналиев).

17. Дуоденопластика в хирургии перфоративных и кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 58-63 (соавт.: М.М. Мамакеев, Э.У. Алыбаев, А.А. Сопуев, Д.С. Абдуллаев).

18. Обоснование выбора тактики оперативных вмешательств при гастродуоденальном кровотечении язвенной этиологии // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 73-79 (соавт.: М.М. Мамакеев, М.Т. Рысбеков).

19. Выбор метода оперативного лечения прободных язв двенадцатиперстной кишки // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1997. - Т. I. - С. 80-85 (соавт.: Э.У. Алыбаев, А.А. Сопуев, Б.С. Ниязов, Д.С. Абдуллаев).

20. Значение исследований кислотности желудочного сока при помощи раствора конго-красного у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // *Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр.* - Бишкек, 1998. - Т. II. - С. 13-18.

21. Комплексное определение тактики лечения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Методическое пособие для практических врачей - хирургов. - Бишкек, 1999. - 16с. (соавт.: Д.С. Абдуллаев, К.С. Сыдыгалиев).

22. Отдаленные результаты исследования больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии // *Династия в хирургии: Материалы научного симпозиума*. - Бишкек, 1999. - С. 66-71 (соавт.: К.С. Сыдыгалиев).

23. Комплексное определение метода и срока лечения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии. Монография. - Бишкек. - 1999. - 172 стр.

24. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) // Хирургическая гастроэнтерология: Сб. научных тр. - Бишкек, 2000. - Т. III. - С. 7-11 (соавт.: Д.С. Абдуллаев, Б.С. Ниязов).

25. Степень обсемененности желудка в послеоперационном периоде у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия на рубеже XX и XXI века: Сб. научных тр. - Бишкек, 2000. - С. 128-134 (соавт.: К.С. Сыдыгалиев, Б.С. Ниязов, К.С. Саржанова, М.Т. Рысбеков, Н.Б. Сатылганов).

26. «Контролок» (Pantoprazole) в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия на рубеже XX и XXI века. Сб. научных тр. - Бишкек, 2000. - С. 531-535 (соавт.: Б.С. Ниязов, Ж.Т. Бектуров, А.Т. Тойгонбаев, Ю.К. Уметалиев, А.А. Сопуев, К.С. Сыдыгалиев, С.Б. Ниязова).

27. Степень обсемененности толстого кишечника в послеоперационном периоде у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Kirgizistan "V. Uluslararası Avtasia Gastroenteroloji kongresi". - Бишкек, 2001. - С. 129-132 (соавт.: Б.С. Ниязов, К.С. Сыдыгалиев, К.С. Саржанова, Э.У. Алыбаев, Н.Б. Сатылганов, Э.А. Кутманбеков).

28. Эндоскопическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях // Kirgizistan "V. Uluslararası Avtasia Gastroenteroloji kongresi". - Бишкек, 2001. - С. 145-147 (соавт.: Г.Т. Мукамбетова, Б.С. Ниязов, К.С. Сыдыгалиев, Ю.К. Уметалиев, Э.У. Алыбаев).

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ.

1. Способ энтерально-зондового питания после резекции желудка. Удостов. № 598, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1992. (соавт.: М.М. Мамакеев, И.К. Акылбеков, К.С. Сыдыгалиев).

2. Способ резекции контактно-гормональной зоны желудка при язвенной болезни. Удостов. № 620, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1993.

3. Способ наложения инвагинационных швов поперечного гастроэнтероанастомоза. Удостов. № 621, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1993.

4. Способ профилактики демпинг-синдрома при поперечном гастроэнтероанастомозе. Удостов. № 622, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1993.

5. Способ фиксации приводящей петли к задней стенке культи желудка. Удостов. № 636, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1994.

6. Способ формирования культи двенадцатиперстной кишки методом "гофрирования". Удостов. № 637, выданное БРИЗ КГМА. Бишкек, 1994.

АННОТАЦИЯ

А.К. Кутманбековдун «Жара себепкер карын-мөөн кан агууларындагы комплекстүү ыкманы жана дарылоо мөөнөтүн аныктоо», кесиб 14.00.27 -хирургия боюнча медицина илимдеринин докторлугуна наам издеген диссертациясынын аннотациясы.

Эмгекте карын-мөөн кан агууларына жара себепкер 455 ооруларда изилдөөлөрдүн жыйынтыгы келтирилген. Эң негизги информатикалык борбордук кан айлануунун (кагышы жана жүрөк индекси) кейпкерлери аныкталган, алынган жыйынтыктар карын-мөөн кан агуунун клиникалык бөлүнүүлөрүнүн негизин түзгөн. Жара кесепетинин жаңы эндоскопиялык бөлүнүүлөрү түзүлгөн жана өркүндөтүлгөн, ага мүчөлөрдүн ички жана мүчөдөн сырткары кан тамырлардын жабыркоолорун аныктоо аркылуу өзүнчө түшүнүк киргизилген, куюлуучу кандын жана дары каражаттарынын өлчөмүнө жетишимдүүлүгүнө, ошондой эле ичтен кансыз кылуунун жетишсиздигининдеги кан жоготуунун деңгээли аныкталган. Антирефлюкс операциялык кийлигишүүлөрдүн жана карын-мөөн чегинин кысылуу, жазылуу жөндөмүн сактоо операциясынын жаранын карында жайгашында принциптүү түрдө зарылчылыгы илимий негизделген.

Кан айлануунун информативдүүлүгү, клиникалык жана эндоскопиялык карын-мөөн кан агууларынын бөлүнүшү, өз убагында ичтен кабыл алуунун жетишсиздигин коррекциялоо жана хирургиялык дарылоодо жекече ыкманы табуу, өлүм санын жана операциядан кийинки кабылдоолорду азайтып, карын-мөөн кан агууларына жара себепкер оруулардын орууканада жатуу мөөнөтүн кыскарткан.

Эмгек 208 компьютердик басма беттеринде жазылган, 29 таблица, 23 сүрөттөр менен көркөмдөлгөн. Кириш сөздөн, 7 бөлүмдөн, акыркы аныктамадан, жыйынтыктардан жана практикалык кеңештерден турат. Адабият көрсөтмөлөрү 386 булактарды, анын ичинде 107 чет элдик автордук аталыштарды камтыйт.

АННОТАЦИЯ

докторской диссертации А.К. Кутманбекова "Комплексное определение метода и срока лечения при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии" на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27 – хирургия

В работе изложены результаты исследований 455 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Определены наиболее информативные показатели центральной гемодинамики (ударный и сердечный индексы), полученные результаты легли в основу клинической классификации тяжести гастродуоденального кровотечения. Усовершенствована и создана новая эндоскопическая классификация язвенного поражения при гастродуоденальном кровотечении, куда включено понятие о поражении внутри- и внеорганных кровеносных сосудов. Установлена зависимость объема переливаемой крови и лекарственных средств от адекватной и своевременной коррекции энтеральной недостаточности и от степени кровопотери. Научно обоснована принципиальная необходимость применения антирефлюксных оперативных вмешательств при дуоденальных язвах и пилоросохраняющих операций при язвах желудочной локализации. Информативность показателей гемодинамики, клиническая и эндоскопическая классификация гастродуоденальных кровотечений, своевременная коррекция энтеральной недостаточности и выработка индивидуального подхода к хирургическому лечению позволили снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений и существенно сократить время пребывания в стационаре больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

Работа изложена на 208 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 29 таблицами, 23 рисунками. Состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Указатель литературы содержит 386 источников, из них 107 авторов дальнего зарубежья.

ABSTRACT

of doctor dissertation by A.K. Kutmanbekov "Complex determination of treatment method and period in gastroduodenal bleeding of ulcerous etiology" according to specialities 14.00.27 – surgery

The results of examinations of 455 patients with gastroduodenal bleeding of ulcerous etiology were stated.

The most informative indexes of central hemodynamics were determined. Obtained results helped to work out the clinical classification of serious of gastroduodenal bleeding. It was improved and created a new endoscopic classification of ulcerous injury in gastroduodenal bleeding, which includes conception about defeat of intra- and extraorgan blood vessels. Dependence volume of transferred blood and medicaments upon adequate and opportune correction of enteral deficiency and upon degree of hemorrhage was determined. Principle necessity of use of antireflux operations in duodenal ulcers and pylororemaind operations in gastric ulcer was scientifically grounded. Informativity of hemodynamic indexes, clinical and endoscopic classification of gastroduodenal bleeding, opportune correction of enteral deficiency, and working out individual approach to surgical treatment allowed to reduce lethality, frequency of postsurgical complications, and duration of staying in hospital patients with gastroduodenal bleedings of ulcerous etiology.

The work is written on 208 pages of computer text, illustrated with 29 tables and 23 pictures. It consists of introduction, survey of literature, 7 chapters, conclusions and practical recommendations. Bibliographic list includes 386 works, 107 works of them are the works of authors from the rest of the world.

